



Número: **0882011-12.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **13/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
REINALDO DE SOUZA SANTOS (AUTOR)		ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
27054 111	13/12/2019 15:22	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
27054 118	13/12/2019 15:22	<a href="#">INICIAL COMPLEMENTAÇÃO - REINALDO DE SOUZA SANTOS</a>	Informações Prestadas
27054 121	13/12/2019 15:22	<a href="#">Procuração e Docs. pessoais - Reinaldo</a>	Procuração
27054 129	13/12/2019 15:22	<a href="#">Laudo resumido - REinaldo de Souza Santos</a>	Outros Documentos
27054 132	13/12/2019 15:22	<a href="#">Laudo - Reinaldo - II</a>	Outros Documentos
27054 141	13/12/2019 15:22	<a href="#">CARTA ADM - REINALDO DE SOUZA SANTOS</a>	Outros Documentos
27054 143	13/12/2019 15:22	<a href="#">Certidão de Ocorrência - Corpo de Bombeiros</a>	Outros Documentos
27054 145	13/12/2019 15:22	<a href="#">B.O e Bombeiros</a>	Outros Documentos
27054 147	13/12/2019 15:22	<a href="#">Receituário e doc. Inss</a>	Outros Documentos
27725 218	29/01/2020 11:23	<a href="#">Despacho</a>	Despacho

PDF





# Vieira & Costa

## ADVOGADOS ASSOCIADOS

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA \_\_\_\_ VARA  
DA COMARCA DE JOÃO PESSOA – PARAÍBA**

**REINALDO DE SOUZA SANTOS**, brasileiro, divorciado, auxiliar de produção, portador da cédula de identidade n.º 3.220.867 SSDS/PB, inscrito no CPF/MF 081.185.944-40, residente e domiciliado na Avenida Centenário, n.º 934, Cruz das Armas, João Pessoa, Paraíba, através de seu advogado e procurador legalmente constituído, com escritório profissional localizado Rua João Amorim, 356, centro, João Pessoa, Paraíba, onde deverão ser enviadas as comunicações processuais pertinentes, vem à presença de Vossa Excelência, com fulcro na Lei 6194/74 (Veículos - Seguro Obrigatório de Danos Pessoais) e demais legislações pertinentes à espécie, propor a presente

### **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT (DEBILIDADE PERMANENTE – COMPLEMENTAÇÃO)**

em face **BRADESCO COMPANHIA DE SEGUROS S/A** localizada no Parque Solon de Lucena, 641, centro, João Pessoa, PB, CEP – 58013-131, inscrita no CNPJ N.º 33.055.146/0001-93 tendo em vista os fatos e os motivos a seguir delineados:

#### **JUSTIÇA GRATUITA.**

Inicialmente, requer os benefícios da *Justiça Gratuita*, nos termos da Lei n.º 1.060/50 e das demais legislações pertinentes, por não ter condições de dar prosseguimento à presente demanda sem comprometer o seu sustento.

Para tanto, declara-se, desde já, pobre na forma da legislação de regência e conhecedor de todas as penalidades cabíveis em caso de falseamento da verdade.

#### **FATOS.**

[www.vieiraecostaadvogados.com.br](http://www.vieiraecostaadvogados.com.br) | [www.vieiraecosta.com.br](http://www.vieiraecosta.com.br)

Rua João Amorim, 356, SI 02/03 - Centro - João Pessoa /PB - CEP 58013-310 - Fone/Fax: (83) 3243.8889





# Vieira & Costa

## ADVOGADOS ASSOCIADOS

A parte Promovente sofreu acidente de trânsito **no dia 20.03.2019**, por volta das 14h50min, na Av. Cabo Branco, João Pessoa/PB quando trafegava em motocicleta de marca Honda CG 125 FAN ES, de placa MOC 9642/PB e perdeu o controle da motocicleta devido a pista escorregadia consequente de areia e cascalhos oriundos de construção civil, vindo a cair ao solo e lesionar-se. Na ocasião o sinistrado foi socorrido pelo Corpo de Bombeiros e encaminhado para o Hospital de Trauma de João Pessoa, onde foi diagnosticado com fratura do planalto tibial direito, além de fratura do 2º e 3º metacarpo direito, passando por tratamento cirúrgico para correção das fraturas.

Mesmo realizando a cirurgia, a parte Promovente **ficou com debilidade permanente no membro inferior direito (perna e pé) com limitação funcional devido a perda de movimentos e diminuição da força muscular do referido membro, afetando também a função da marcha em razão da rigidez articular, apresentando claudicação, além de debilidade permanente na mão direita devido a rigidez articular e perda de movimento da mão e da função de preensão e pinça.**

De posse de toda documentação necessária para requerer indenização por invalidez referente ao seguro DPVAT, o autor requereu administrativamente (Sinistro 3190409331), vindo a receber a quantia de R\$4.050,00 (quatro mil e cinquenta reais).

Todavia, as sequelas suportadas pelo autor prejudicaram consideravelmente a função da marcha devido a limitação dos movimentos de flexão e extensão do membro e encurtamento da perna, além de debilidade da mão direita, sendo certo que o autor faz jus a uma indenização complementar correspondente a diferença do valor recebido e o valor máximo indenizável, sendo necessário a realização de perícia médica para apuração do grau da invalidez.

Eis os fatos necessários.

### **FUNDAMENTAÇÃO JURÍDICA.**

O seguro obrigatório (DPVAT) tem por finalidade dar cobertura a danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

A Lei n.º 6194/74, que trata do **Seguro Obrigatório**, em seu artigo 3º elenca os danos pessoais cobertos pelo mesmo:

---

[www.vieiraecostaadvogados.com.br](http://www.vieiraecostaadvogados.com.br) | [www.vieiraecosta.com.br](http://www.vieiraecosta.com.br)

Rua João Amorim, 356, SI 02/03 - Centro - João Pessoa /PB - CEP 58013-310 - Fone/Fax: (83) 3243.8889





# Vieira & Costa

## ADVOGADOS ASSOCIADOS

Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no artigo 2º<sup>1</sup> compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

b) **até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;**

Trilhando, ainda, por esta senda a Lei 6194/74, em seu artigo 5º, preceitua que a indenização será paga mediante a simples comprovação do acidente e do dano decorrente, senão, veja-se:

Art. 5º. O pagamento da indenização será efetuado mediante **simples prova do acidente e do dano decorrente**, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

Há de se observar que esse artigo instituiu uma responsabilidade objetiva, adotando também a teoria do risco integral, aqui se deixa de imputar uma responsabilidade ao condutor do veículo e passa a imputar a sociedade como um seguro social, devido ao grande número de acidente deste gênero.

Por outro lado, urge destacar, que os requisitos (**prova do acidente e do dano decorrente**) para a indenização foram preenchidos, senão, observe-se:

1) **Prova do Acidente:** Laudo Médico fornecido pelo Hospital de Trauma da Capital e Boletim de Ocorrência fornecido pela Polícia Civil. (docs.anexos)

2) **Dano: ficou com debilidade permanente no membro inferior direito (perna e pé) com limitação funcional devido a perda de movimentos e diminuição da força muscular do referido membro, afetando também a função da marcha em razão da rigidez articular, apresentando claudicação, além de debilidade permanente na mão direita devido a rigidez articular e perda de movimento da mão e da função de preensão.**

3) **Nexo causal:** Se não tivesse ocorrido o acidente a parte Promovente não teria sofrido as lesões já relacionadas.

<sup>1</sup> I) Danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres, ou por sua carga, a pessoa transportada ou não."





# Vieira & Costa

## ADVOGADOS ASSOCIADOS

Neste viés, tem-se, ainda, o entendimento do *Egrégio Tribunal do Rio Grande do Sul*:

**Para a concessão da indenização do seguro DPVAT basta a simples prova da ocorrência do sinistro e do dano decorrente.** O artigo 3º, letra "b" da Lei 6.194/74 estabelece o valor de 40 salários mínimos para indenização por invalidez permanente. (TJRS - AC 70010140473 - Cachoeira do Sul - 5ª C.Cív. - Relª Desª Ana Maria Nedel Scalzilli - J. 07.07.2005)

Outrossim, é forçoso concluir que a parte Promovente faz jus a indenização do seguro obrigatório.

### DOS PEDIDOS

---

Ante o expendido, requer que Vossa Excelência se digne em:

a) Conceder à parte Promovente os benefícios da Justiça Gratuita por não ter condições de arcar com as custas processuais sem comprometer o seu próprio sustento e o de sua família;

b) Citar a parte Promovida com as advertências do art. 334 e as prerrogativas do art. 212, ambos do Novo Código de Processo Civil, no endereço supramencionado, para, querendo, contestar o pedido da parte Promovente, sob pena de revelia e confissão tácita dos fatos narrados, indicando desde logo seu desinteresse na realização de audiência de conciliação ou mediação;

c) Condenar a parte Promovida no pagamento das custas processuais e dos honorários advocatícios, estes na ordem de 20% (vinte por cento) do valor da condenação a ser imposta àquela.

d) Julgar inteiramente **PROCEDENTE a presente demanda**, em todos os seus termos, condenando a seguradora a pagar ao autor o valor de R\$9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais), correspondente a diferença entre o valor máximo indenizável e o que efetivamente foi pago administrativamente, ou ainda, em outro valor apurado pela perícia, de acordo com o grau de invalidez do sinistrado;

e) A produção de todas as provas admitidas em direito, notadamente o depoimento de seu representante legal ou seus prepostos, juntada de novos documentos, oitiva de testemunhas, **perícia médica** e tudo mais que o controvertido assim exigir;

---

[www.vieiraecostaadvogados.com.br](http://www.vieiraecostaadvogados.com.br) | [www.vieiraecosta.com.br](http://www.vieiraecosta.com.br)

Rua João Amorim, 356, SI 02/03 - Centro - João Pessoa /PB - CEP 58013-310 - Fone/Fax: (83) 3243.8889





# *Vieira & Costa*

## **ADVOGADOS ASSOCIADOS**

Dá à causa o valor de R\$9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais).

Nestes Termos,  
Pede e Espera Deferimento.  
João Pessoa, PB, 11 de Dezembro de 2019.

*Advogado* **Abraão Costa** Florêncio de Carvalho  
**OAB/PB – 12.904**

---

[www.vieiraecostaadvogados.com.br](http://www.vieiraecostaadvogados.com.br) | [www.vieiraecosta.com.br](http://www.vieiraecosta.com.br)

Rua João Amorim, 356, SI 02/03 - Centro - João Pessoa /PB - CEP 58013-310 - Fone/Fax: (83) 3243.8889





## **PROCURAÇÃO**

### **OUTORGANTE:**

Reinaldo de Souza Santos  
, brasileiro, portador(a) do RG nº 081.185.946-40, inscrito(a) no CPF nº \_\_\_\_\_,  
residente \_\_\_\_\_ e domiciliado na \_\_\_\_\_.

**Outorgados:** **Dr. ABRAÃO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO**, brasileiro, casado, inscrito na OAB/PB sob o n.º 12.904, e-mail: **abraao@vieiraecosta.com.br**, **Dr.** com escritório profissional na Rua João Amorim, 356, sala 2, Centro, João Pessoa, PB, fone (83) 3243-8889, Cep: 58013-310

**Poderes:** Confere amplos e gerais poderes para o foro em geral, com a cláusula "**ad judicium et extra**", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive requerer falência e concordata, apresentar e ratificar queixas-crimes, propor quaisquer ações, reclamações trabalhistas, defender-me nas que me forem propostas, cíveis ou penais, reconvir, promover quaisquer medidas judiciais, cautelares, administrativas, recorrer em qualquer instância ou tribunal, arrolar, inquirir, contraditar e recusar testemunhas, produzir provas, arrazoar processos, requerer vistas dos mesmos, concordar com cálculos, custas e contas processuais, podendo ainda, fazer defesas prévias, alegações finais, formar os documentos necessários, efetuar levantamentos, requerer laudos médicos e prontuários médicos junto a hospitais públicos e/ou privados e clínicas, avaliações e perícias, bem como arguir suspeição, falsidade e exceção, fazer acordo, impugnar, assinar termos, requerer abertura de inventário ou arrolamentos, assinar termo de compromisso de inventariante, de renúncia, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o(s) outorgante(s) seja(m) autor(es) ou reclamante(s) e defendendo-o(s), na condição de reclamada(s), bem como substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda receber Alvarás Judiciais e quantias correspondentes perante cartórios judiciais e instituições bancárias a exemplo de Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil ou qualquer instituição financeira, dando tudo por bom, firme e valioso, conferindo-se ao presente instrumento de **mandato cláusula "em causa própria"**, e a sua revogação não terá eficácia, nem se extinguirá pela morte de qualquer das partes, nos termos do art. 685 do Código Civil.

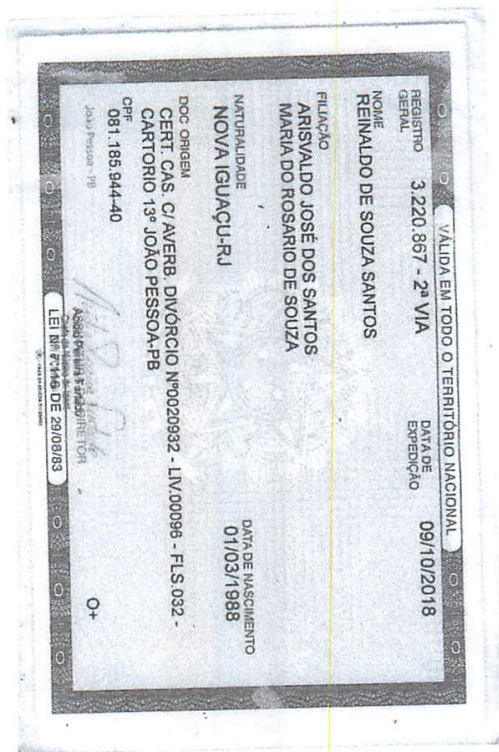
**Poderes Específicos:** A presente procuração outorga aos advogados acima descritos, os poderes para **receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC/15**, podendo tais poderes serem substabelecidos.

João Pessoa, 15 de abril de 2019.

Reinaldo de Souza Santos  
X \_\_\_\_\_  
**OUTORGANTE**







CILENE PESSOA DOS ANJOS  
AV PRES FELIX ANTONIO 815 / CASA - CRUZ DAS ARMAS  
JOAO PESSOA / PB CEP 58000000 (AG 1)

Ligação: MONOFÁSICA  
Cui/Doc: RES-MTC 81 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA  
Roteiro: 17-2-820-5920 Referência: Mar/2019  
Medidor: 00008194313 Emissão: 27/03/2019

energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
B/233, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880  
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 15.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 022.518.817  
Cód. para Deb. Automático: 00004881249

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a Mar / 2019 Apresentação 27/03/2019 Data prevista da próxima leitura 26/04/2019 CPF/ CNPJ/ RANI 487.068.174-91 Insc. Est.:

UC (Unidade Consumidora): 5/488124-9

Canal de contato

ATENÇÃO - REVISÃO CADASTRAL 2019  
Procure a prefeitura de sua cidade até 19/10/2019 para atualizar seus dados no Cadastro Único e evite a perda da Tarifa Social de Energia. Para mais informações ligue para o MDS-0800 707 2003. Após o cadastramento no CRAS, entrar em contato conosco pelo 0800 083 0196.  
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.  
Com a fatura por e-mail, você ajuda a preservar o meio ambiente, tem o controle de seu consumo a qualquer momento e sempre um comprovante de residência na mão. Entre em contato por um dos nossos canais e solicite a sua!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
26/02/18	17559	27/03/19	17738	1	179	29
Demonstrativo						
CCl	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Valor Base	Valor Base
				Colo	Colo	Colo
				ICMS	ICMS	ICMS
				ICMS	ICMS	ICMS
0601	Consumo até 90kWh-BR	30,000	0,297540	8,92	8,92	2,93
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,492950	34,50	34,50	9,31
0601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	79,000	0,739420	58,41	58,41	15,77
0610	Subsídio			45,55	45,55	12,30
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0907	CONTRIB. SERV. ILUM. PÚBLICA			4,08	0,00	0,00
0904	JUROS DE MORA 01/2019			1,25	0,00	0,00
0905	MULTA 01/2019			2,14	0,00	0,00
0908	Devolução Subsídio			-30,52	0,00	0,00

CCl Código de Classificação do Item TOTAL 124,01 147,08 39,71 147,08 1,57 7,25  
Tarifa s/ Tributos Até 90kWh 0,192660 Até 100kWh 0,330260 Até 220kWh 0,485420

Média últimos meses (kWh) 194  
VENCIMENTO 03/04/2019  
TOTAL A PAGAR R\$ 124,01  
Histórico de Consumo (kWh)

128 | 159 | 211 | 184 | 191 | 126 | 173 | 170 | 164 | 175  
Mar/18 | Abr/18 | Mai/18 | Jun/18 | Jul/18 | Ago/18 | Set/18 | Out/18 | Nov/18 | Dez/18 | Jan/19 | Fev/19

RESERVADO AO FISCO

eabe.a88c.a3fc.bc5d.82fa.8c10.8c5e.c77a

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
1/2019 - Status						
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	5,07	0,00	NOMINAL	Serviços de Dist. da Energisa/PB	34,13	19,47
DIC TRIMESTRAL	10,15			Compra de Energia	34,43	27,78
DIC ANUAL	20,30			Serviço de Transmissão	3,76	3,03
DIC MENSAL	8,20	0,00		Encargos Setoriais	5,71	4,60
DIC TRIMESTRAL	16,40		CONTRATADA	Impostos Diretos e Encargos	55,99	45,14
DIC ANUAL	32,80			Outros Serviços	0,00	0,00
DIC MENSAL	2,96	0,00				
DIC TRIMESTRAL	5,92					
DIC ANUAL	11,84					
				Total	124,01	100,00

Valor do EUSD (Ref. 1/2019) R\$ 90,93

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) ao lado relacionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 1/10/2019. Conforme Resolução 474 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade da dívida, suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado às contas pagas não estejam na unidade consumidora para o comprovante. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsidere essa mensagem.  
- Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.  
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 30,52.

Faturas em atraso

Fev/19 119,83

energisa PARAIBA

Roteiro: 17-2-820-5920  
Matrícula: 488124-2019-03-1

VENCIMENTO 03/04/2019  
TOTAL A PAGAR R\$ 124,01  
83650000001-0 24010149000-3 04881242019-7 03100002019-3







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA



## LAUDO MÉDICO

**OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1150525 e PRONTUÁRIO nº 114689**

**PACIENTE: REINALDO DE SOUZA SANTOS**

**DATA DE NASCIMENTO: 01.03.88**

**Data e Hora do Atendimento: 20.03.19**

**Horário: 16:53h**

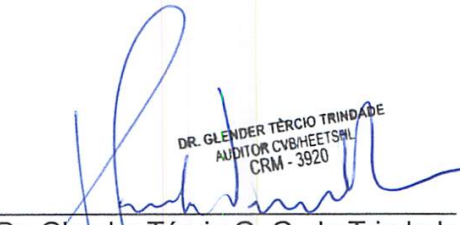
**MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO:** Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de dor no membro superior direito e no joelho direito. Atendido pelo Dr. Carlos Frederico Boulitreau CRM 9301, Dr. Ricardo Rodrigues de Carvalho CRM 6628, Dr. Mauro Guerra CRM 6018, Dr. Heisemberg Almeida CRM 6229, Dr. Edson Tinoco CRM 7142, Dr. João Paulo Casado CRM 11598.

**DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO + FRATURA DA DO 2º e 3º METACARPO DIREITO CID 10 S 82 1 e S 62 3**

**RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):**  
Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, avaliação da neurocirurgia, Tomografia computadorizada do joelho direito, Rx do cotovelo direito AP e Perfil, Rx do antebraço direito AP e Perfil, Rx da mão direita AP e Perfil e tratamento cirúrgico de fratura do platô tibial direito e redução e fixação de fratura do 2º e 3º metacarpo direito.

**ALTA HOSPITALAR: Em 27.03.19**

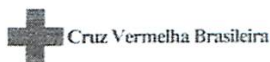
**Data da Emissão: 17.06.19**

  
DR. GLENDER TERCIO TRINDADE  
AUDITOR CVB/HETS/HL  
CRM - 3920  
Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade  
Médico Auditor - HETS/HL  
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

Laptop/gf

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar  
Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO  
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1150525



<b>Identificação do paciente</b>						
ID 1386473	Nome REINALDO DE SOUZA SANTOS	Sexo Masculino				
Data de nascimento 01/03/1988	Idade 31 anos 19 dias	Estado civil	Religião			
Mãe MARIA DO ROSARIO DE SOUZA		Pai ARISVALDO JOSE DOS SANTOS				
Escolaridade		Responsável (Parentesco) RENATA GOMES DOS SANTOS - ESPOSO(A)				
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988862126	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3220867	Nº Cns				
Local de procedência CABO BRANCO	Tipo BAIRRO		UF PB			
Email	Naturalidade NOVA IGUAÇU	CBO/R				
<b>Endereço</b>						
CEP 58085300	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CENTENÁRIO			
Número SN	Complemento	Bairro CRUZ DAS ARMAS				
<b>Admissão</b>						
Data e Hora 20/03/2019 16:53:21	Número da pulseira 1000007248107	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente RUA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS				
<b>Indicadores e Transporte</b>						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou				
<b>Sinais Vitais</b>						
PA _____ x _____ mmHg	Pulso	Temperatura				
<b>Exames complementares</b>						
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos <i>Qct vítima de acidente moto, relata cefaleia, qui...</i>						
Diagnóstico						CID
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA						Tempo 01min 13seg

Imprimir

*ab, f  
15  
E*

20/03/2019 16





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DA PARAIBA – HTOP.  
COORDENAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

## TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES

### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome:

BE:

Renaldo de Souza Santos  
1150525



### II – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

**Artigo 1º** - O presente Termo de Responsabilidade dispõe sobre direitos e deveres do paciente, do profissional da saúde e do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena – HEETSHL;

§ 1º - O Hospital de Emergência e Trauma é uma unidade de saúde destinada a operacionalizar a gestão e execução das atividades e dos serviços de saúde de urgência e emergência em trauma e a assistência de pacientes portadores de patologias agudas e graves, sejam clínicas, (para um primeiro atendimento e posterior remoção para outro serviço conveniado), ou cirúrgicas (Politraumatismo, Neurocirurgia, Traumatologia, Cirurgia Geral e demais subespecialidades relacionadas à mesma).

§ 2º - O Corpo Clínico responsável pela assistência integral ao paciente é composto por Médicos, Médicos-Residentes, todos Profissionais da Saúde e Aprimorandos, integrantes de Equipe Multiprofissional e profissionais médicos e de outras especialidades da saúde que cumprem a função de Preceptores ligados às diversas instituições de ensino do estado da Paraíba;

§ 3º O HEETSHL faz parte de uma rede de assistência da Secretaria de Estado da Saúde no sistema referência e contra-referência. É de responsabilidade da equipe médica deste Hospital a indicação do encaminhamento para Remoção ou Transferência dos pacientes aqui admitidos para outras Instituições de Saúde de João Pessoa ou de outros municípios para continuidade do tratamento.

§ 4º É também de responsabilidade do HEETSHL, dentro das suas normas de funcionamento, o encaminhamento e acompanhamento do paciente por equipe profissional especializada para a realização de exames complementares fora das dependências da sua unidade.

Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB







SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DA PARAIBA – HTOP.  
COORDENAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

### III - DO RECONHECIMENTO E SALVAGUARDA DOS DIREITOS E DEVERES

**Artigo 2º** - O **paciente** será tratado por meios adequados e disponíveis, devendo a relação mútua entre profissionais da saúde e paciente ser baseada na dignidade e no respeito.

**Artigo 3º** - O **profissional da saúde** tem garantida a sua autonomia ao indicar o procedimento adequado ao **paciente**, observadas as práticas reconhecidamente aceitas.

**Artigo 4º** - O **médico** informará ao **paciente**, de forma clara e em linguagem acessível, sobre o seu estado de saúde, diagnóstico, tratamento e evolução provável da sua doença.

**Artigo 5º** - Os procedimentos diagnósticos e terapêuticos serão executados com a prévia concordância do **paciente**, após ter sido esclarecido quanto aos seus riscos e benefícios.

§ 1º - Quando ocorrer discordância quanto à aplicação dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, esta deverá ser registrada no prontuário do paciente.

§ 2º - O **paciente** tem direito de revogar o seu consentimento a qualquer tempo, por decisão livre, consciente e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais ou legais.

§ 3º - No caso de revogação do consentimento, o **paciente** se manifestará por escrito, devendo este documento ser arquivado no respectivo prontuário.

§ 4º - Quando o **paciente** se recusar a aceitar os métodos diagnósticos e terapêuticos propostos e deixar o Hospital, cessará a responsabilidade do médico quanto às consequências decorrentes desta recusa.

**Artigo 6º** - No caso de se tornar ou for maior incapaz de tomar decisões sobre sua saúde, o paciente deverá se fazer representar pelo seu **REPRESENTANTE LEGAL**, conforme determinação legal ou judicial, quando for o caso:

Nome: Paula Gomes dos Santos  
Endereço: Rua A. Costa Santos nº 934 - Cruz das Almas  
Telefones: 998342126

§ 1º - O **REPRESENTANTE LEGAL** será a pessoa a quem o **paciente** confiará a tomada de decisões, ou por determinação judicial, podendo ser parente ou não.

§ 2º - Cabe ao paciente e ao seu Representante Legal a incumbência de comprovar o seu Representante Indicado.

Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DA PARAIBA - HTOP.  
COORDENAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

**Artigo 7º** - Em caso de iminente risco de morte ou iminente risco de perda de qualidade devida, encontrando-se o **paciente** incapacitado de tomar decisões, o **médico** estará autorizado a adotar condutas, até que o **Representante Indicado** possa se manifestar.

**Artigo 8º** - O prontuário do paciente será elaborado de forma legível, completo e atualizado.

**Artigo 9º** - O **paciente** tem direito de obter relatório contendo as informações registradas no seu prontuário, mediante solicitação junto ao Setor de Laudos.

**Artigo 10** - O **paciente** tem garantida e respeitada a confidencialidade sobre seus dados pessoais e clínicos, podendo ser revelados apenas com sua autorização, salvo em casos de imposição legal.

**Artigo 11** - Após a alta médica, o **paciente** deverá deixar as dependências do HEETSHL, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, após as quais serão adotadas as medidas legais cabíveis.

**Artigo 12-** Após a internação a **família do paciente ou o seu representante legal** deverá resgatar os pertences de valor ou documentos deixados nesta unidade hospitalar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias e, no caso de vestuários e calçados, no prazo máximo de 02(dois) dias contados a partir da data de internação. Após este prazo, a instituição adotará as medidas legais cabíveis que entender necessárias para a destinação destes objetos.

**Artigo 13** - O **paciente ou o seu representante legal** e os **profissionais da saúde** do HEETSHL poderão recorrer à Comissão de Ética Médica e à Comissão de Bioética, para esclarecer questões surgidas em decorrência da prestação das ações e dos serviços de atenção à saúde.

**Observações:** .....

O presente termo foi lido e achado conforme.

João Pessoa, 31.03.2019.

*Renata Gomes dos Santos*

Representante Legal - RG 9.403.448

\_\_\_\_\_  
Paciente - RG

Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB,  
58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>REINALDO DE SOUZA SANTOS</b>	BAE <b>1150525</b>	Data/Hora Entrada <b>20/03/2019 16:53:21</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>01/03/1988</b>	Idade <b>31a 20d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 988862126</b>
Mãe <b>MARIA DO ROSARIO DE SOUZA</b>			Prontuário
Endereço <b>CENTENÁRIO, SN</b>	Bairro <b>CRUZ DAS ARMAS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO</b>	Nº Cons. Regional <b>6628/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>20/03/2019 16:53:21</b>		Data/Hora Prescrição <b>20/03/2019 21:08:52</b>	
<b>Anamnese</b> *****NEUROCIRURGIA*****  ACIDENTE DE MOTO; GLASGOW 15 FAZIA USO DE CAPACETE NEGA DOR EM COLUNA VERTEBRAL  TOMOGRAFIA DE CRANIO SEM ANORMALIDADES  CD: ALTA DA NEUROCIRURGIA; SEGUE AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA QUE INDICOU INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
<b>Dados coletados anteriormente</b> <b>utilizar na impressão?</b>			
<b>Conduta</b> Paciente encaminhado com sucesso para a seção			

Ricardo Rodrigues de Carvalho  
Neurocirurgia  
CRM: 6628

REINALDO DE SOUZA SANTOS

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO  
(: 6628/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 20/03/2019 16:54:34

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&amp;perform=imprimir&amp;id=546069&amp;pesquisa=S&amp;idPai=546069&amp;classe=PRESCRICAO&amp;



*Dr. Anuar Murad Filho*

*Clínica Médica*

*C.R.M-PB : 8.742*

LAUDO MÉDICO :

O paciente Reinaldo de Souza Santos é portador do CID : S 82.1 + S 62.3 proveniente de fratura de tíbia direita + 2° e 3 ° metacarpo direito ocasionado por acidente de motocicleta , tendo como seqüela um comprometimento de 75 % do membro afetado.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

21-08-2019

Dr. Anuar Murad Filho  
Médico - CRM-PB 8.742  
Av. Dr. João da Mata, Nº 401  
João Pessoa - PB



*Eco Medical Center Cartaxo ( C.N.P.J : 29.955.582/0001-41 )*

*Rua : Antônio Rabelo Júnior N - 170 ( Miramar - João Pessoa ) CEP : 58032-090*





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 22 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190408331**

**Vítima: REINALDO DE SOUZA SANTOS**

**Data do Acidente: 20/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), REINALDO DE SOUZA SANTOS**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.417,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

**Recebedor: REINALDO DE SOUZA SANTOS**

**Valor: R\$ 1.417,50**

**Banco: 001**

**Agência: 000001617-9**

**Conta: 000010231104-8**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00775/00776 - carta\_30 - INVALIDEZ

00030388







VISTO EM: 27/03/19

Comandante do BAPH

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**  
**3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES**

Eduardo B. Alves de Sousa  
Major QOBM  
Mat. 520.808-4

João Pessoa-PB, 22 de Março de 2019.

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 079/2019**

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 20/03/2019, conforme solicitado pela pessoa interessada pelo requerimento nº 082/19, consta que foi socorrido(a) por volta das 16h20min o/a Sr.(a), **REINALDO DE SOUZA SANTOS**, CPF nº 081.185.944-40, vítima de acidente (*queda de moto*), ocorrido na Av Cabo Branco, Cabo Branco, João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AB-47, tendo como chefe o **SARGENTO BM WALLYSON CARDOSO GUEDES**, Matrícula 525.953-3. Vítima consciente e orientada, com edema na região parietal, suspeita de fratura de membro superior e escoriações no membro inferior. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza** - CB BM, Mat. 523.518-9, ( ) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

*NIE Thays Guedes Rocha - 2º Ten QOBM*  
**Chefe da 3ª Seção** Matr. 527.401-3



**GOVERNO  
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.  
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB  
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphbbs@bombeiros.pb.gov.br





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 07180.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07180.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:15 horas do dia 01 de julho de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Reinaldo de Souza Santos**, CPF nº 081.185.944-40, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar de Produção, filho(a) de Maria do Rosario de Sousa e Arisvaldo José dos Santos, nascido(a) em 01/03/1988 (31 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Centenário, Nº 934, complemento CASA, bairro Cruz das Armas, tendo como ponto de referência Próximo a Igreja São José, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98646-5025.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Av. Cabo Branco, Contorno Próximo Ao Restaurante Pontal do Cabo., João Pessoa/PB, bairro Cabo Branco; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/03/19 14:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, segundo o declarante no dia 20/03/2019 por volta das 14:50 horas quando transitava, pelo Av. Cabo Branco, Cabo Branco, João Pessoa-PB; nas imediações do restaurante Pontal do Cabo, com o veículo tipo HONDA/CG 125 FAN ES ano e modelo: 2010/2010, de cor preta de placa: MOC9642/PB CHASSI: 9C2JC4120AR054521 pertencente ao Sr. Geilsa de Oliveira Soares; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando perdeu o controle devido a pista está escorregadia devido a obras - com areia e cascalhos - ; Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo CORPO DE BOMBEIROS, conforme CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº 079/2019, ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA onde foi diagnosticado, de acordo com o prontuário de nº 114.689, FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO + FRATURA DO 2º E 3º METATACARPO DIREITO CID 10 S 82.1 e S 62.3 conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade CRM 3920.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 01 de julho de 2019.

  
CRISTIANO CRUZ CORDULA  
Agente de Investigação

  
REINALDO DE SOUZA SANTOS  
Noticiante



Procedimento Policial: 07180.01.2019.1.00.401







VISTO EM: 27/03/19

Comandante do BAPH

Eduardo B. Alves de Sousa  
Major QOBM  
Mat. 520.808-4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 22 de Março de 2019.

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 079/2019**

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 20/03/2019, conforme solicitado pela pessoa interessada pelo requerimento nº 082/19, consta que foi socorrido(a) por volta das 16h20min o/a Sr.(a), **REINALDO DE SOUZA SANTOS**, CPF nº 081.185.944-40, vítima de acidente (*queda de moto*) ocorrido na Av Cabo Branco, Cabo Branco, João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AB-47, tendo como chefe o **SARGENTO BM WALLYSON CARDOSO GUEDES**, Matrícula 525.953-3. Vítima consciente e orientada, com edema na região parietal, suspeita de fratura de membro superior e escoriações no membro inferior. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira** de Souza- CB BM, Mat. 523.518-9, ( ) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

*NIZ Thays Guedes Rocha - 2ª Ten QOBM*  
**Chefe da 3ª Seção** Matr. 527.481-3



**GOVERNO  
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.  
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB  
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphbts@bombeiros.pb.gov.br





## Receituário

Paciente: REINALDO DE SOUZA SANTOS

Idade: 31

Data: 27/03/2019 12:41:56

Sexo Masculino CPF: Não Informado BAE: 1150525

MEDICO ASSISTENTE: DR JUVENCIO

CARTAO RETORNO HTOP (32142911)

DX: FRATURA DE PLATO TIBIAL + OSSOS DA MAO

CD: TTO CIRURGICO

DATAS:

1º RETORNO COM 1 SEMANA


Dr. Frederico Torres Soares Boulitreau  
Ortopedia  
CRM-PB 9301

Dr. CARLOS FREDERICO TORRES SOARES BOULITREAU  
9301/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena  
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:





 PREVIDÊNCIA SOCIAL	<b>Comunicação de Acidente de Trabalho</b>
	<b>Número da CAT:2019.141.112-4/01</b>

**Informações do Emitente**

Emitente	1 - Empregador	Data Emissão	12/04/2019
Tipo de CAT	1 - Inicial	Comunicação Óbito	
Filiação	1 - Empregado	E-mail	HILSTDP4@GMAIL.COM

**Informações do Empregador**

Razão Social/Nome	SOUZA E FILHOS LTDA	CNAE	10911
Tipo/Num. Doc.	1 - CGC/CNPJ 090215880001-34	Endereço	AV PRESIDENTE EPITACIO PESSOA 4468
CEP	58045000	Estado	PB
Bairro	CABO BRANCO	Telefone	0083-32251563
Município	JOAO PESSOA		


**Informações do Acidentado**

Nome	REINALDO DE SOUZA SANTOS	Data Nascimento	01/03/1988
Nome da Mãe	MARIA DO ROSARIO DE SOUZA	Sexo	Masc
Grau de Instrução	7 - Ensino médio incompleto	Remuneração	1.100,00
Estado Civil	Sep.Judic.	Identidade	3220867 Dt emissão: Org Exp: 01 UF: PB
CTPS	035837 Série: 00029 Dt emissão: 22/04/2004 UF: PB	Endereço	PRESIDENTE FELIX ANTONIO 613
PIS/PASEP/NIT	1654553751-3	CEP	58085460
Bairro	CRUZ DAS ARMAS	Município	JOAO PESSOA
Estado	PB	CBO	513435 - ATENDENTE DE LANCHONETE
Telefone	-	Área	Urbana
Aposentado	Não		

**Informações do Acidente**

Data do Acidente	20/03/2019	Hora do Acidente	00:00
Horas Trabalhadas	15:45	Tipo	3 - Trajeto
Houve afastamento?	Sim	Reg. Policial	Não
Local do Acidente	3 - Área Pública	Esp. Local	URBANO
CGC da Prestadora	CNPJ - -	UF do Acidente	PB
Município do Acidente	JOAO PESSOA	Último dia	20/03/2019
Parte do Corpo	75.50.50.000 - MAO (EXCETO PUNHO OU DEDOS)	Trabalhado/Dt Óbito	
Agente Causador	30.50.40.150 - ASFALTO, ALCATRAO, PICHE		
Sit. Gerador	20.00.52.000 - IMERSAO		
Morte	Não	Data Óbito	

Local e Data

  
 Victor Rafael da Silva Souza  
 CPF: 009.208.029-40

**Informações do Atestado Médico**

Unidade	HOSPITAL DE TRAUMA	Data Atend.	20/03/2019
Hora Atend.	00:00	Houve Internação?	Sim
Deverá o acidentado afastar-se durante o tratamento?	Sim - 060 dia(s)		
Nat. Lesão	70.20.35.000 - FRATURA		
CID - 10	S82 2 - Fratura da diáfise da tibia		
Observações		CRM	0000009301 - UF: PB

Local e Data

Assinatura(\*) e carimbo (legível) do médico com CRM/UF

Cadastrada em 12/04/2019 às 13:41:48

\* A apresentação do atestado médico original, com as informações de identificação do médico assistente, substitui o preenchimento deste campo.

A impressão desta CAT deverá ser apresentada juntamente com o(s) documento(s) original(is) referente ao Segurado, para requerer o benefício acidentário junto à Agência da Previdência Social.

file:///E:/CAT40/CAT2019141112401.HTM

12/04/2019







**Poder Judiciário da Paraíba**  
**16ª Vara Cível da Capital**

**PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)0882011-12.2019.8.15.2001**

**AUTOR: REINALDO DE SOUZA SANTOS**

**RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A**

Vistos, etc.

Defiro o pedido de Justiça Gratuita

Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação.(CPC, art.139, VI e Enunciado n.35 da ENFAM).

Cite-se a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

A ausência de contestação implicará revelia, o que poderá resultar presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos.

João Pessoa/PB, na data da assinatura eletrônica

